

FICHA DATOS PERSONALES

CURSO:

Nº DE MATRÍCULA:

ANTECEDENTES PERSONALES

APELLIDO PATERNO ALUMNO							
APELLIDO MATERNO ALUMNO							
NOMBRES ALUMNO							
SEXO	M	F	RUN				
FECHA DE NACIMIENTO							
DIRECCIÓN CALLE							
Nº		POBLACIÓN O VILLA			COMUNA		
TELÉFONOS					COLEGIO PROCEDENCIA		
OPTA POR RELIGIÓN		SI	NO	RELIGIÓN			
ALUMNO (A) VIVE CON				NÚMERO DE HIJOS _____ LUGAR QUE OCUPA ENTRE LOS HIJOS _____ GRUPO FAMILIAR QUE LO COMPONENTEN _____			
PADRE Y MADRE							
SÓLO MADRE							
SÓLO PADRE							
OTRO, ESPECIFICAR:							
NOMBRE COMPLETO APODERADO							
CORREO DEL APODERADO EL CUAL DEBERÁ ESTAR VIGENTE PARA TODO EL AÑO ESCOLAR							
ALUMNO (A) PARTICIPA EN CLASES DE ORIENTACIÓN SEXUAL			SI	NO	POR QUÉ		

ANTECEDENTES FAMILIARES

NOMBRE COMPLETO MADRE							
RUN				EDAD		CELULAR	
NIVEL EDUCACIONAL MADRE ESCRIBA EL NÚMERO DE AÑOS EN CADA NIVEL DE EDUCACIÓN	EDUCACIÓN BÁSICA			PROFESIÓN Y/O ACTIVIDAD			
	EDUCACIÓN MEDIA			FONO TRABAJO			
	TÉCNICO PROFESIONAL			CARGO			
	UNIVERSITARIA			CORREO ELECTRÓNICO			



FUNDADO EN 1980

NOMBRE COMPLETO PADRE				
RUN		EDAD		CELULAR
NIVEL EDUCACIONAL PADRE ESCRIBA EL NÚMERO DE AÑOS EN CADA NIVEL DE EDUCACIÓN	EDUCACIÓN BÁSICA			PROFESIÓN Y/O ACTIVIDAD
	EDUCACIÓN MEDIA			FONO TRABAJO
	TÉCNICO PROFESIONAL			CARGO
	UNIVERSITARIA			CORREO ELECTRÓNICO

EN CASO DE EMERGENCIAS

ANTECEDENTES MÉDICOS IMPORTANTES DEL ALUMNO(A)				
ENFERMEDADES DE CUIDADO QUE TENGA O HAYA TENIDO	SI	NO	CUÁL	
TIENE PROBLEMA DE VISIÓN	SI	NO	CUÁL	
TIENE PROBLEMA DE AUDICIÓN	SI	NO	CUÁL	
TIENE PROBLEMA DE COLUMNA O PIE PLANO	SI	NO	CUÁL	
SUFRE DE DOLOR DE CABEZA FRECUENTE	SI	NO	CAUSA	
SEÑALAR NOMBRES DE SERVICIOS DE SALUD CON QUE CUENTA EL ALUMNO (A)				
ISAPRE		FONASA	A	B
			C	D
SEGUROS				
CASO DE EMERGENCIA AVISAR A:				
PRIMERA PERSONA				
NOMBRE Y APELLIDO: _____				
RUT: _____				
TELEFONO: _____				
SEGUNDA PERSONA				
NOMBRE Y APELLIDO: _____				
RUT: _____				
TELEFONO: _____				

USTED CANCELARÁ LA COLEGIOATURA (MARQUE CON UNA X LA QUE CORRESPONDA)				
TARJETAS DE CRÉDITO O DEBITO PAGO ANUAL	RED COMPRA	VISA	MAGNA	GRANDES TIENDAS
10 CHEQUES PARA COBRO MENSUAL				

FIRMA DEL APODERADO/A

PEÑAFLOR, _____ 2024

VICUÑA MACKENNA 3081, PEÑAFLOR www.colegioclaudiogay.cl